

Satu Viertiö, Tuukka Mehtälä ja Eila Sailas

Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot

Lähes kaikilla skitsofreniapotilailla todetaan erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita, jotka haittaavat heidän arkeaan myös sairauden psykoosioireiden ollessa hallinnassa. Oma erityisryhmänsä ovat muun muassa tunteiden tunnistamiseen ja sosiaalisten suhteiden ymmärtämiseen liittyvät sosiaalisen kognition häiriöt. Oireiden aiheuttamat toimintakykyvaikeudet heikentävät elämänlaatua, ja niiden hoidon ja kompensoimisen tulee olla hoidon keskiössä. Lääkehoidosta ei ole osoitettu olevan hyötyä näiden oireiden korjaamisessa. Erilaisista kognitiivisen remediaation ohjelmista näyttää olevan hyötyä oireryhmän kuntoutuksessa, ja sosiaalisen kognition korjaamiseksi on kehitetty uusia ohjelmia. Ne pohjautuvat usein neuropsykologiseen kuntoutukseen, terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen ja uuteen ymmärrykseen skitsofreniapotilaiden neurokognitiivisista häiriöistä. Jos neurokognitiivisia oireita ei voida kuntouttaa, tarjolla on myös ohjelma, jossa apuvälineiden tuella kompensoidaan oireiden aiheuttamia haittoja.

Suomessa noin 50 000 ihmistä sairastaa skitsofreniaa (1). Muihin psykoottisiin häiriöihin verrattuna skitsofrenialle tyypillisenä pidetään oireilun pitkäkestoisuutta, eriskummallisia harhaluuloja, hallusinaatioita sekä negatiivisia oireita, kuten sosiaalisista suhteista vetäytymistä, motivaation puutetta, puheen sisällöllistä köyhtymistä ja mieliala-oireiden vähäisyyttä (2). Erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita tai häiriöitä voidaan todeta lähes kaikilla skitsofreniaan sairastuneilla, vaikka ne eivät kuulu sairauden diagnostisiin kriteereihin (3). Skitsofreniassa todetut keskeiset kognitiiviset oireet liittyvät prosessointinopeuteen, tarkkaavaisuuteen, työmuistiin, kielelliseen oppimiseen ja muistiin, näönvaraiseen oppimiseen ja muistiin, päättelyyn ja ongelmanratkaisuun sekä kielelliseen käsityskykyyn (4). Näitä kognition osa-alueita voidaan myös luotettavasti mitata. Lisäksi skitsofreniapotilailla on puutteita sosiaalisen kognition alueella. Tämä määrittellään ihmisen tavaksi kokea itsensä ja muut, kyvyksi muodostaa mielikuvia itsen ja muiden välisistä suhteista sekä taidoksi käyttää näitä mielikuvia sosiaalisessa kanssakäymisessä (5). Arjessa kognitiiviset vaikeudet näyttäytyvät pahimmillaan vaikeuksina muistaa

arkisia asioita, paneutua keskusteluun tai ylipäätään kyvyttömyytenä saada tavallisia asioita aikaiseksi. Neurokognitiivisten oireiden etiologia on epäselvä, mikä selittää sekä tavanomaisten että tutkittujen uusien lääkeaineiden tehottomuutta niiden hoidossa (6).

Kognitiivinen kuntoutus ja sen vaikuttavuus

Skitsofrenian pitkäaikaisennuste on mainettaan parempi ja vaihtelee täydellisestä remissiosta vakaviin kroonistuneisiin tiloihin. Neurokognitiiviset oireet ovat yhteydessä skitsofreniaan sairastuneiden heikompaan elämänlaatuun (7). Ne selittävät osin myös skitsofreniaa sairastavien vaikeuksia itsenäisessä asumisessa ja työllistymisessä. Neurokognitiiviset oireet vaikeuttavat sairauden muuta psykopatologiaa enemmän skitsofreniaan sairastuneen arkipäivästä selviämistä, minkä vuoksi niiden hoidon ja kompensoinnin tulee olla hoidon keskiössä (8).

Skitsofrenian kognitiivisten oireiden korjaamiseen kehitetyt kuntoutusmallit pohjautuvat muun muassa aivovammapotilaiden neuropsykologiseen kuntoutukseen ja 1960-luvun skitsofrenian oppimisterapeuttisiin hoitoyrityk-

siin (9). Nämä yleistä kognitiota harjoittavat kognitiiviseksi remediaatioksi nimetyt ohjelmat määritellään behavioraaliseksi harjoitteluksi, jossa tavoitellaan kognitiivisten prosessien (tarkkaavaisuus, muisti, toiminnanohjaus, sosiaalinen kognitio ja metakognitio) pitkäaikaista ja yleistyvää kohenemistä (10). Työtä voidaan tehdä yksilökuntoutuksena, ryhmässä, tietokoneavusteisesti tai kynän ja paperin kanssa. Useimmat ohjelmat sisältävät useita kymmeniä tapaamisia. Keskeistä on myös terapeutin tiivis tukea antava ote. Yksittäisiä ohjelmia on kuvattu tarkemmin suomalaisessa artikkelissa (11).

Remediaation vaikutus 2 104 potilaan meta-analysissä oli kohtalainen (vaikutuksen suuruus 0,45), ja se säilyi seuranta-aikana ja näkyi kokonaiskognition paranemisessa ja toimintakyvyn kohenemisessa (12). Tehokkaimmilla vaikuttavat ohjelmat, joissa pelkän harjoittelun ja toiston lisäksi mietitään ongelmanratkaisustrategioita (13). Parhaiten kognitiivisen remediaation taidot siirtyvät arkielämään, kun siihen yhdistetään samanaikainen muu kuntoutus, kuten tuetun työllistämisen ohjelma tai sosiaalisten taitojen opiskelu. Kuntoutusmallit eroavat toisistaan, ja terapiahoidoille tyypillisesti ei tiedetä, mitkä kuntoutuksen osa-alueet potilaita hyödyttävät ja mikä on terapeutin henkilökohtaisten ominaisuuksien osuus (14). Kuntoutuksen tehoon voivat vaikuttaa myös potilaan ikä, motivaatio, sairautta edeltävä kognitiivinen toimintakyky, aivojen ja hermoston jäljellä oleva muovautuvuus ja ylipäätään potilaan kyky oppia uutta (15).

Sosiaalinen kognitio skitsofreniassa

Skitsofreniapotilailla on merkittäviä puutteita sosiaalisen kognition eri osa-alueilla. Nämä häiriöt ennustavat vahvasti toimintakykyä (16). Sosiaalisen kognition häiriöt välittävät osin kognitiivisten oireiden yhteyttä toimintakykyyn: mitä enemmän kognitiivisia häiriöitä

Neurokognitiiviset oireet selittänevät osin skitsofreniaa sairastavien vaikeuksia itsenäisessä asumisessa ja työllistymisessä.

on, sitä vaikeammaksi sosiaaliset vuorovaikutustilanteet muuttuvat ja sitä todennäköisemmin arkiset roolitoiminnot häiriintyvät (17). Sosiaaliin tilanteisiin liittyvä subjektiivinen kuormittuneisuus välittää tätä vaikutusta, eli

kysymys on osin välttämiskäyttäytymisestä (18). Sosiaalisen kognition vajaukset eivät selity pelkästään yleisen kognition heikentymisellä, vaan sosiaalinen kognitio on yleisestä kognitiosta osin riippumaton

kognition osa-alue (19). Sekä kognition että sosiaalisen kognition puutteet toimivat siis eräänlaisena kuntoutumisen tulppana, joka estää muutoin stabiilissa tilassa olevien potilaiden etenemisen elämässään.

Skitsofreniapotilailla on havaittu yleistynyt vaikeus tunteiden tunnistamisessa verrattuna verrokkiryhmiin (20). Tämän lisäksi on tutkittu mahdollisia eroja eri tunnetilojen välillä. Kohtalaisen hyvin toistettu löydös on, että potilaat ovat herkistyneitä havaitsemaan vihaisuutta toisissa ihmisissä (21). Tämä piirre lienee kliinisesti merkittävä, koska se vähentää sosiaalisten tilanteiden houkuttelevuutta, altistaa epäluuloisille ja vihamielisille tulkinnoille ja lisää sosiaaliin tilanteisiin liittyvää välttämiskäyttäytymistä. Sosiaalisella havaitsemisella tarkoitetaan kykyä havaita sosiaalisesti olennaisia, muuhunkin kuin tunnetiloihin liittyviä vihjeitä kanssakäymisessä muiden kanssa. Tässä skitsofreniapotilailla on havaittu merkittävää heikentymää (22).

Mielen teoria, mielenmalli ja mentalisaatio-kyky ovat alkujaan kehityspsykologiasta ja autismitutkimuksesta lähtöisin olevia käsitteitä. Niillä tarkoitetaan kykyä ymmärtää, että toisilla ihmisillä on mielensisältöjä, jotka poikkeavat omista, sekä kykyä tehdä oikeaan osuvia päätelmiä näistä mielensisällöistä, esimerkiksi aikomuksista ja uskomuksista. Skitsofreniapotilailla on havaittu merkittävä ja suhteellisen pysyvä akuuttioireilusta riippumaton vajuus mielen teoriaa mittaavissa tehtävissä (23). Tämä altistaa yksioikoisille sosiaalisille tulkinnoille ja tekee potilaille vaikeammaksi ymmärtää toisten ihmisten näkökulmia.

Kausaaliattribuutioilla eli syyselityksillä tarkoitetaan sosiaalipsykologiassa sitä, mihin tekijään jonkin sosiaalisen vuorovaikutustilanteen syy liitetään. Attribuutio voi olla henkilökohtaistava (syy nähdään henkilötekijöissä) tai tilannekohtainen (syy nähdään olosuhteissa tai sattumassa). Henkilökohtaistava attribuutio voi olla sisäistävä (syy nähdään itsessä) tai ulkoistava (syy nähdään toisissa ihmisissä). Attribuutiotyylillä tarkoitetaan henkilölle tyypillistä tapaa tehdä sosiaalisia tulkintoja. Epäluuloisuudesta kärsivillä potilailla on mahdollisesti korostunut taipumus tehdä toisaalta ulkoistavia ja toisaalta henkilökohtaistavia attribuutioita (24). Tällaisen attribuutiovääristymän seurauksena kutsutaan vihamieliseksi attribuutiotyyliseksi eli taipumukseksi syyttää kielteisistä tapahtumista toisten ihmisten tarkoituksellista toimintaa, minkä on ajateltu olevan yksi paranoidisten harhaluulojen syntymiseen liittyvä osatekijä.

Vihamielisen attribuutiotyylin esiintymisestä skitsofreniapotilaiden ryhmässä on vaihtelevia tutkimustuloksia: Meta-analysissä potilaiden ei havaittu eroavan verrokeista merkittävästi ulkoistavan tai henkilökohtaistavan tyylin osalta (22). Vihamielisen attribuutiotyylin on kuitenkin havaittu ennustavan potilaiden väkivaltakäyttäytymistä (25). Psykoosipotilaat tekevät hätäkoityjä päätelmiä liian vähäisen tiedon perusteella, ja taipumus saattaa olla yhteydessä harhaluuloiseen ajatteluun (26,27).

Ydinasiat

- ▶ Lähes kaikilla skitsofreniaan sairastuneilla voidaan todeta erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita tai häiriöitä, vaikka ne eivät kuulu sairauden diagnostisiin kriteereihin.
- ▶ Kuntoutuksen on havaittu vaikuttavan sosiaalisen kognition osa-alueisiin.
- ▶ Vaikutukset yleistyvät toimintakykyynkin.
- ▶ MATTI-kuntoutusmallissa skitsofreniaa sairastavia avohoitopotilaita autetaan hankkimaan taitoja selviytyä jokapäiväisessä elämässä erilaisten apuvälineiden ja motivoinnin avulla.

Potilailla on lisäksi havaittu vaikeutta muuttaa tekemiään tulkintoja joustavasti ja vastaanottaa omien tulkintojensa vastaista tietoa. Seurauksena on sosiaalisten tulkintojen joustamattomuus eli metakognitiivinen yli-itsevarmuus: nähdään vain yksi tulkinta, jonka oletetaan olevan totta, vaikka se hyvin todennäköisesti on väärä.

Erityisen suuria hankaluuksia ajattelun kaavamaisuus aiheuttaa sosiaalisten tulkintojen tekemisessä, koska sosiaaliset tilanteet ovat luonteeltaan monitulkintaisia ja epävarmoja ja niiden yhteydessä tarvittaisiin ajattelun joustavuutta. Edellä kuvattuihin päättelytoimintojen erityispiirteisiin on kiinnitetty erityistä huomiota psykoosipotilaiden kognitiivisessa käytäytymisterapiassa.

Sosiaalisen kognition harjoitusohjelmat

Koska sosiaalisen kognition häiriöt on todettu kuntoutumista rajoittaviksi esteiksi, on niiden korjaamiseksi pyritty kehittämään harjoitusohjelmia. Osa harjoitusohjelmista on kohdennettu sekä yleisen että sosiaalisen kognition kohentamiseen, osa keskittyy pelkästään sosiaalisen kognition parantamiseen. Sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmat puolestaan saattavat keskittyä vain yhteen sosiaalisen kognition osa-alueeseen (esimerkiksi tunteiden tunnistaminen) tai useamman osa-alueen kohentamiseen.

Esimerkkejä kokonaisvaltaisista, hierarkkisista harjoitusohjelmista ovat cognitive enhancement therapy (CET) sekä saksalaiselta kieli-alueelta lähtöisin oleva integrated psychological therapy (IPT) (28,29). Nämä ohjelmat etenevät yleisen kognition harjoittelusta sosiaalisen kognition ja sosiaalisten taitojen harjoitteluun. Ohjelmat ovat luonteensa mukaisesti pitkäkestoisia ja intensiivisiä. Esimerkiksi CET kestää 18 kuukautta, ja käyntejä on viikoittain. Ohjelma etenee tietokoneavusteisesta parityöskentelynä tapahtuvasta neurokognitiivisesta harjoittelusta ryhmämuotoisiin sosiaalisen kognition harjoituksiin. Ryhmäharjoitusohjelman pitkä kesto mahdollistaa myös yksilöllisen psykososiaalisen sopeutumisen tueksi tehtävät suunnitelmat ja harjoitukset. IPT noudattaa samankaltaista mallia, siinä edetään neurokognitiosta

sosiaaliseen kognitioon ja sosiaalisiin kykyihin.

Social cognition and interaction training (SCIT) on esimerkki harjoitusohjelmasta, jonka tavoitteena on kohentaa useita sosiaalisen kognition osa-alueita mutta joka ei sisällä kognitiivista remediaatiota (30). Ohjelman puitteissa harjoitellaan tunteiden tunnistamista ja mielen teoriaa eli näkökulman vaihtamista sekä pyritään vähentämään metakognitiivista yli-itsevarmuutta ja siten yksioikoisia, kaavamaisia sosiaalisia tulkintoja. Ohjelma on ryhmämuotoinen ja sisältää 20–24 käyntiä keran viikossa.

Metacognitive training (MCT) on harjoitusohjelma, jonka tavoitteena on vähentää metakognitiivista yli-itsevarmuutta ja skitsofrenialle tyypillisiä ajattelun vääristymiä, joiden ajatellaan olevan osaltaan myös psykoottisten harhaluulojen taustalla (31). Siihen kuuluu sosiokognitiivisia sisältöjä, kuten toisten ihmisten näkökulmaan samastumisen ja attribuutiotyylin harjoittelua.

Sosiaalisen kognition kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta on vielä vähän kirjallisuutta. Ensimmäisessä kontrolloituihin tutkimuksiin perustuvassa meta-analyysissä on havaittu kuntoutuksella olevan vaikutuksia sosiaalisen kognition osa-alueisiin ja näiden vaikutusten myös yleistyvän toimintakykyyn (vaikutuksen koko kohtalaisesta suureen) (32). Sosiaalisen kognition kuntoutus vaikuttaa siis lupaavalta menetelmältä kuntoutumisen ja yhteiskunnallisen osallisuuden esteiden poistamiseksi stabiilissa vaiheessa olevilta potilailta.

Kognitiivisten puutteiden kompensoinnin apuvälineet

Koska psykoosilääkitys tai muu kuntoutus ei aina tehoa negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin, tarvitaan myös kuntoutusmalleja, jotka kompensoivat näiden oireiden aiheuttamat vaikeudet arkielämässä. Yksi lupaavimmista on cognitive adaptation training eli CAT-toimintamalli, jossa toimintakyvyn vaikeuksia kompensoidaan erilaisten muistutusten ja apuvälineiden avulla (33).

Tehokkaimmilla vaikuttavat ohjelmat, joissa pelkän harjoittelun ja toiston lisäksi mietitään ongelmanratkaisustrategioita.

Mallin on kehittänyt 2000-luvun vaihteessa yhdysvaltalainen psykologian professori Dawn Velligan (34,35).

Apuvälineitä on pitkään käytetty vammaisten kotona pärjäämisen tukena, eikä niiden käyttö ole mielenterveyspotilaillekaan uusi asia. Erilaisia muistutuksia ja kalentereita on jo käytössä, mutta se, millaisia apuvälineitä kullakin kuntoutujalle kannattaa antaa, riippuu kuntoutujan kognitiivisesta suoritusky-

vyydestä, toimintakyvystä ja käyttäytymistyyppistä. CAT-mallissa kuntoutujan henkilökohtainen tilanne arvioidaan ennen apuvälineiden valintaa. Ennen CAT-harjoitusohjelmaa kuntoutujalle tehdään neuropsykologinen tutkimus, käyttäytymistyyppin arvio sekä asuinympäristön ja toimintakyvyn arvio. Neuropsykologisessa tutkimuksessa saadaan selville kuntoutujan toiminnanohjauskyky, joka yleensä on kohtalainen tai heikko. Henkilö, jolla on heikko toiminnanohjauskyky, tarvitsee ympäristöönsä helposti huomattavia vihjeitä, kuten suuria ja kirkkaanvärisiä muistutustauluja. Henkilö, jonka toiminnanohjauskyky on kohtalainen, pystyy suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista vähemmällä ja hienovaraisemmilla vihjeillä. Asuinympäristön ja toimintakyvyn kartoitus tehdään, jotta huomataan potilaan päivittäistoimintoja vaikeuttavat asiat, kuten yleinen epäjärjestys, puuttuvat välineet ja asuinympäristön huono kunto. Potilaan toimintakyky selvitetään haastattelussa esitettyjen puolistrukturoitujen kysymysten perusteella, ja harjoitustarpeet kirjataan ylös. Asunnon huoneet ja niissä tapahtuva toiminta, kuten ruoanlaitto, nukkuminen, peseytyminen, siivoaminen, lääkkeiden ottaminen ja laskujen maksaminen, käydään läpi systemaattisesti. Myös asuinalueeseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen toimintaan, vapaa-ajan taitoihin ja päätöksentekoon liittyvät vaikeudet kartoitetaan.

Lopuksi kuntoutujan käyttäytymistyyppi luokitellaan joko aloitteettomaksi (apathy), estottomaksi (disinhibition) tai näiden yhdistelmäksi eli sekamuotoiseksi (mixed) Frontal Systems Behavior Scale -arviointiasteikon avulla (36). Henkilö, jonka käyttäytyminen on

TAULUKKO. CAT-kuntoutuksessa olevien kuntoutujien kuusi eri alatyyppiä sekä esimerkkejä interventioista.

Toiminnan-ohjauskyky	Käyttäytymistyyppi		
	Aloitteettomuus	Estottomuus	Sekamuoto
Heikko	Asunnossa huomiota herättävät ja värikkäät muistutukset Tavarat näkyvillä oikeissa paikoissaan ja helposti saatavilla	Asunnossa huomiota herättävät ja värikkäät muistutukset Asunto riisuttu turhista tavaroista ja tuotteet laitettu annoskoihin	Asunnossa huomiota herättävät ja värikkäät muistutukset Tavarat helposti saatavilla ja asunto riisuttu turhista tavaroista
Kohtalainen	Asunnossa hienovaraiset vihjeet ja muistutukset Tavarat näkyvillä oikeissa paikoissaan ja helposti saatavilla	Asunnossa hienovaraiset vihjeet ja muistutukset Asunto riisuttu turhista tavaroista ja tuotteet laitettu annoskoihin	Asunnossa hienovaraiset vihjeet ja muistutukset Tavarat helposti saatavilla ja asunto riisuttu turhista tavaroista

aloitteetonta, ei aloita tarpeellisia toimia tai ei vie läpi kaikkia tehtävän vaiheita, mikä johtuu kyvyttömyydestä noudattaa toimintaketjua. Hän tarvitsee ympäristöönsä tekemiseen yllyttäviä kehoituslappuja ja esineiden asettamista helposti havaittaville paikoille esimerkiksi kylpyhuoneessa ja keittiössä. Estoton käytös on kyseessä silloin, kun henkilö toimii tavalla, joka ei sovi tilanteeseen tai hän häiriintyy helposti ympäristön epäoleellisista ärsykkeistä. Tällöin ympäristö tehdään mahdollisimman rauhalliseksi ja yksinkertaiseksi. Esimerkiksi hiustenpesuaineen voi laittaa pieniin annospulloihin ja vaatteet koota valmiiksi asukokonaisuuksiksi vaatekaappiin. Sekamuotoinen käyttäytymistyyppi sisältää piirteitä molemmista käyttäytymistyypeistä. Siitä kärsiville tehtävien aloittaminen saattaa olla vaikeaa, ja he voivat häiriintyä niitä suorittaessaan. **TAULUKOSSA** on kuvattu kuusi erilaista tyyppiä, joiden mukaan harjoitusohjelma kuntoutujalle suunnitellaan.

CAT-mallin kotikuntouttajien käytössä on opaskirja, jossa selitetään tarkkaan CAT-arvion tekeminen. Manuaalissa annetaan esimerkkejä eri käyttäytymistyyppien mahdollisista vaikeuksista seuraavilla arvioitavilla alueilla: pesytyminen, pukeutuminen, hammashygienia, meikkaus, WC:ssä käynti, kodinhoito, ruokahuolto ja pöytätavat, vaatehuolto, ostokset, matkustaminen, taloudenhallinta ja lääkitys. Oppaassa esitetään kotikäyntien mahdollinen kulku esimerkkitapauksin ja vastataan yleisimpiin ongelmakysymyksiin.

Kun kuntoutujan käyttäytymistyyppi ja toiminnanohjauskyky sekä kotiympäristö ja toimintakyky on arvioitu, voidaan aloittaa CAT-mallin harjoitusohjelma. Kerätyn tiedon perusteella täytetään yhdessä kuntoutujan kanssa lomake, johon merkitään, millä alueilla potilaan toimintavaikeudet esiintyvät. Alueet on laitettu tärkeysjärjestykseen turvallisuudesta vapaa-ajan taitoihin. Painopistealueita lisätään sitä mukaa kuin potilas etenee ohjelmassa. CAT-ohjelman kesto voi vaihdella huomattavasti. Kellokosken sairaalan avohoidossa toteutettavan yhdeksän kuukauden ohjelman aikana kotikuntouttaja käy kuntoutujan luona kerran viikossa. Tänä aikana on tavoitteena saada opetetut toimintatavat niin automaattisiksi, että kuntoutuja pärjää jokapäiväisessä elämässään ja itsenäisessä asumisessa. Mallin toteuttamista ei lopeteta yhdeksän kuukauden jälkeen täysin, vaan omaksuttuja toimintatapoja tuetaan tavanomaisessa kotikuntoutuksessa.

Suomessa CAT-toimintamallia on alettu toteuttaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisessa avohoidossa. Suomeksi CAT on muuttunut muotoon MATTI (mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen – tavoitteena itsenäisyys). MATTI-mallin vaikuttavuutta mitaavan arviointitutkimuksen pilottitutkimus tehtiin vuonna 2013, ja varsinainen arviointitutkimus on alkanut keväällä 2014 ja laajentunut myös Peijaksen ja Jorvin sairaaloiden psykiatriseen avohoitoon.

Lopuksi

Skitsofrenian Käypä hoito -suositusten mukaan kognitiivinen kuntoutus on skitsofreniapotilaille hyödyllistä, mutta mallien arvioidaan olevan vasta kehitysvaiheessa, eikä niitä suositella rutiinikäyttöön (1). Kognitiivisten oirei-

den aiheuttaman kärsimyksen voi havaita potilaiden arjessa, ja silloin työskentelee mielellään yksikössä, joka kykenee tarjoamaan uusia psykologisia hoitokeinoja. Ne ovatkin käytännössä osoittautuneet hoidoiksi, joihin potilaat mielellään osallistuvat. ■

SATU VIERTIÖ, FT, erikoistutkija

Terveuden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö
Helsinki

TUUKKA MEHTÄLÄ, PsM, psykologi

EILA SAILAS, LL, tulosyksikön johtaja

Psykiatrian tulosyksikkö, Hyvinkään sairaanhoitoalue
Kellokosken sairaala

SIDONNAISUUDET

Satu Vieriö: Ei sidonnaisuuksia

Tuukka Mehtälä: Luentopalkkio (Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck)

Eila Sailas: Luentopalkkio (Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka)

KIRJALLISUUTTA

1. Skitsofrenia [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [päivitetty 22.1.2015]. www.kaypahoito.fi.
2. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374:635–45.
3. Tuulio-Henriksson A. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Duodecim* 2014;130:233–40.
4. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;72: 29–39.
5. Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 2001;11:231–9.
6. Ahmed AO, Bhat IA. Psychopharmacological treatment of neurocognitive deficits in people with schizophrenia: a review of old and new targets. *CNS Drugs* 2014;28:301–18.
7. Tas C, Brown E, Cubukcuoglu Z, Aydemir O, Danaci AE, Brüne M. Towards an integrative approach to understanding quality of life in schizophrenia: the role of neurocognition, social cognition, and psychopathology. *Compr Psychiatry* 2013;54:262–8.
8. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000; 26:119–36.
9. Roder V, Medalia A, toim. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients: basic concepts and treatment. Key issues in mental health vol. 177. Basel: Karger 2010.
10. Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives. *Schizophr Res Treatment* 2013;2013: 156084.
11. Muzio E, Oksanen J, Luoma L, Kimmelpaajanen T, Ruohonen M. Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. *Suom Lääkäril* 2010;65:909–14.
12. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168:472–85.
13. Paquin K, Wilson AL, Cellard C, Lecomte T, Potvin S. A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly used type of training, practice or strategy learning? *BMC Psychiatry* 2014;14:139.
14. Wykes T, Spaulding WD. Thinking about the future cognitive remediation therapy – what works and could we do better? *Schizophr Bull* 2011;37(Suppl 2):S80–90.
15. Keshavan MS, Vinogradov S, Rumsey J, Sherrill J, Wagner A. Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *Am J Psychiatry* 2014;171:510–22.
16. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:573–88.
17. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull* 2011;37(Suppl 2):S41–54.
18. Bell M, Tsang HW, Greig TC, Bryson GJ. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:738–47.
19. Sergi MJ, Rassoovky Y, Widmark C, ym. Social cognition in schizophrenia: relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr Res* 2007;90:316–24.
20. Kohler CG, Walker JB, Martin EA, Healey KM, Moberg PJ. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Bull* 2010;36:1009–19.
21. Pinkham AE, Bressinger C, Kohler C, Gur RE, Gur RC. Actively paranoid patients with schizophrenia over attribute anger to neutral faces. *Schizophr Res* 2011;125: 174–8.
22. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull* 2013;39:979–92.
23. Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;191:5–13.
24. Langdon R, Ward PB, Coltheart M. Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36: 321–30.
25. Waldheter EJ, Jones NT, Johnson ER, Penn DL. Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with a severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:609–18.
26. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Ross K, Waller H, Dunn G. Jumping to conclusions: the psychology of delusional reasoning. *Adv Psychiatr Treat* 2011;17:332–9.
27. Ross RM, McKay R, Coltheart M, Langdon R. Jumping to conclusions about the beads task? A meta-analysis of delusional ideation and data-gathering. *Schizophr Bull* 2015;41:1183–91.
28. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, ym. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:866–76.
29. Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N, Reed D, Liberman RP. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle: Hogrefe & Huber 1994.
30. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A. Best practices: the development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2007;58:449–51.
31. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive

- training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20: 619–25.
32. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull* 2012;38:1092–104.
33. Draper ML, Stutes DS, Maples NJ, Velligan DI. Cognitive adaptation training for out-patients with schizophrenia. *J Clin Psychol* 2009;65:842–53.
34. Velligan DI, Diamond P, Mueller J, ym. The short-term impact of generic versus individualized environmental supports on functional outcomes and target behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2009;168:94–101.
35. Hansen JP, Østergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L. Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: a randomised longitudinal trial. *Schizophr Res* 2012;135:105–11.
36. Grace J, Malloy PF. *Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe): professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources 2001.

SUMMARY

New psychosocial therapies for schizophrenia

Almost all schizophrenia patients suffer from various cognitive symptoms that cause difficulties in everyday living and lower the quality of life even when psychotic symptoms are in remission. Defects in social cognition constitute special problems that relate to recognizing facial expressions and understanding social situations, for example. There is no evidence that psychiatric medication improves these symptoms. On the other hand, there are several cognitive remediation programs that have been shown to be of use. New programs have also emerged to treat problems in social cognition. When neurocognitive rehabilitation is insufficient, a program that compensates for deficits in cognitive functioning is also available.